

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1897

THÈSE

N°

569

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 21 Juillet 1897, à 1 heure

PAR

Victor-Henri THYÉBAULT

Né à Prez-sous-Lafauche (Haute-Marne) le 25 août 1847

RELATION DES PRINCIPAUX FAITS

D'UNE

PRATIQUE DE 19 ANS

A LA CAMPAGNE

NOTES, IMPRESSIONS & SOUVENIRS

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. POUCHET, professeur.

DELBET et CHASSEVANT, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

569

ANNÉE 1897

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 21 Juillet 1897, à 1 heure

PAR

Victor-Henri THYÉBAULT

Né à Prez-sous-Lafauche (Haute-Marne) le 25 août 1847

RELATION DES PRINCIPAUX FAITS

D'UNE

PRATIQUE DE 19 ANS

A LA CAMPAGNE

NOTES, IMPRESSIONS & SOUVENIRS

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. POUCHET, professeur.

DELBET et CHASSEVANT, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1897

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	FOUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des mala-	FOURNIER.
dies de l'encéphale	RAYMOND.
Clinique des maladies syphilitiques	BEKGER.
Clinique des maladies nerveuses	DUPLAY.
Clinique chirurgicale	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchement	TARNIER.
	PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRÉ.	HEIM.	SEBILEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	WALTER.
CHASSEVANT.	NELATON.	WEISS.
DELBET.	NETTER.	WIDAL.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WURTZ.
GILBERT.	trav. anatomiques.	
GILLES DE LA TOURETTE.	RETTERRER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MES PARENTS

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR E. CHAUFFARD

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR DUJARDIN-BEAUMETZ

Médecin des Hôpitaux

A MES MAÎTRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Mon Président de Thèse

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HAYEM

AVANT-PROPOS

Déjà muni de trois diplômes me conférant chacun séparément le plein exercice de la médecine sur tout le territoire de la République française, j'ai cru néanmoins bien faire d'en postuler un quatrième, estimant que le travail nécessaire à la conquête de ce quatrième parchemin, vingt ans après avoir quitté les bancs de la Faculté, ne pourrait que m'être très profitable.

Et, en effet, pour arriver à ce but, il m'a fallu subir six épreuves, sans compter le présent travail.

La médecine opératoire, la théorie et la clinique médicales, la théorie et la clinique chirurgicales, la théorie et la clinique des accouchements, l'anatomie pathologique, ont tour à tour fait l'objet d'un examen spécial.

Si l'on songe aux progrès de la médecine dans toutes ses branches, depuis vingt années, depuis le temps où je remplissais les fonctions d'interne dans le service du regretté professeur Chauffard, l'éminent auteur « des Vérités traditionnelles en méde-

cine » on reconnaîtra volontiers que j'ai dû suivre pas à pas cette évolution de l'art, tout en pratiquant au fond d'une campagne perdue.

Obligé de faire une thèse, j'ai pensé bien faire en récapitulant, dans ce but, par un coup d'œil rétrospectif, nos impressions et souvenirs relativement à un certain nombre des principaux faits de ma pratique déjà vieille.

J'avais d'abord songé à utiliser mes notes et mes souvenirs pour un travail limité à une seule question, mais je me suis bientôt aperçu que des lacunes regrettables existaient dans ces recueils. Il ne saurait en être autrement. La pratique rurale comporte trop de décousu dans les observations.

Quelle différence entre mes notes d'interne du professeur Chauffard ou du regretté Dujardin-Beaumetz et mes observations de praticien ! Les premières, religieusement conservées, prises sous la dictée du maître, sont de véritables leçons magistrales.

D'un autre côté, la bibliothèque forcément restreinte d'un médecin, ne m'eût point permis les recherches bibliographiques nécessaires pour l'étude complète d'une question spéciale.

Le présent travail comprendra trois divisions :

La 1^{re} section traitera d'obstétrique, la seconde de médecine et la troisième de chirurgie.

Avant d'entrer en matière, je dois dire que Neuilly-l'Evêque, chef-lieu de canton situé à 12 kilomètres de

Langres, comptant onze cents habitants et 22 petites communes environnantes ont été de 1878 à 1892 le théâtre de ma pratique et que depuis 1892 je suis installé à Langres. En raison de la proximité de Langres et de Neuilly-l'Evêque, il m'est resté une bonne partie de ma clientèle première.

Je puis ajouter que mon séjour durant deux années dans le service du professeur Chauffard, service comprenant : une salle d'accouchement de trente lits, m'a servi admirablement au début de ma carrière et m'a permis d'obtenir rapidement la clientèle des femmes en couche de mon rayon. Aussi ai-je pratiqué un nombre respectable d'accouchements.



PREMIÈRE SECTION

Obstétrique

Relation de faits ou d'appréciation concernant l'art des accouchements

Le toucher vaginal pratiqué méthodiquement est de la plus grande importance au point de vue de la réputation du praticien. Je me rappelle avoir été appelé maintes fois, en toute hâte, par des sages-femmes, pour appliquer les forceps, car, disaient-elles à la famille, la dilation est complète et la tête ne progressant pas depuis plusieurs heures, il y a urgence d'intervenir. A mon arrivée je constatais un col absolument fermé ou à peu près, mais aussi un segment inférieur aminci laissant sentir la tête de façon à faire croire à une croire à une dilation complète.

Je puis même citer le cas d'un confrère, qui vient de compromettre sa réputation par une application de forceps sur cet utérus ainsi aminci.

Il faut donc chercher et trouver le col toujours reconnaissable.

Une cause rare d'avortement qu'il m'a été donné d'observer est la suivante :

La dame P... de M., âgée de 25 ans, primipare, enceinte de 4 mois, est prise de coliques hépatiques avec ictère. Ces coliques persistent 5 jours, mais le sixième jour, du sang apparaît à la vulve, puis bientôt surviennent des coliques utérines et l'avortement a lieu malgré le repos, et les injections de morphine. Les suites pathologiques furent nulles.

Dans un cas de présentation de l'épaule avec le ventre du fœtus tourné en avant, chez une multipare à ventre en besace, et dont les eaux étaient écoulées, je ne pouvais arriver à saisir les pieds, tout mon avant-bras comprimé contre la carde pubienne était engourdi, j'eus l'idée de faire évoluer la femme, d'abord sur son côté, puis de la placer sur les coudes et les genoux, et facilement alors je pus saisir les pieds et terminer la version.

La manœuvre de la poulie de renvoi dans la délivrance par traction du cordon est surtout avantageuse quand l'utérus est en anteversion, ou que le siège de l'accouchée est profondément enfoui dans une dépression du lit:

Pour que les tractions soient bien dirigées et ne se perdent pas contre la paroi antérieure du col, sans

faire sortir le placenta, il n'y a qu'à coucher la femme, ainsi que je l'ai pratiqué plusieurs fois, sur l'un de ses côtés, puis se placer derrière elle et tirer vers soi, alors les tractions devenues à peu près parallèles à l'axe de la matrice et à celui du détroit supérieur, seront suivies de succès sans recourir à la poulie de renvoi.

Il m'a été donné d'observer trois femmes grosses éclamptiques, toutes étaient primipares, et infiltrées.

Deux fois les accès ont débuté pendant les périodes de dilation, une fois après la délivrance.

L'une de ces éclamptiques a eu des accès à un second accouchement. Dans aucun cas, les urines n'avaient été examinées avant l'accouchement.

Chez toutes les trois, les urines contenaient de l'albumine.

Chez ces trois femmes, j'ai terminé l'accouchement aussitôt la dilatation achevée. Un seul enfant est venu vivant.

L'une de ces trois éclamptiques est restée quatre jours dans le coma, elle avait eu environ 15 accès avant sa délivrance.

Aucune de ces malades n'a succombé.

Le traitement a consisté en lavements de chloral selon la formule suivante :

Hydrate de chloral 4 grammes. — Lait 100 grammes.
— Jaune d'œuf n° 1.

La difficulté à vaincre est de faire conserver ce lavement et de ne point blesser le rectum avec la canule de la seringue, en raison de l'agitation de la parturiente. Dans le dernier cas observé, j'ai adapté une sonde molle à la canule de la seringue, et cette sonde absolument inoffensive, doit être introduite aussi haut que possible.

Jamais je n'ai vu les acces résister à une dose de 8 grammes de chloral donnés en deux doses à 3 heures d'intervalle.

Malgré l'anesthésie, le travail s'est toujours fait, plutôt rapidement que lentement.

L'une des parturientes a été atteinte d'une hémorragie légère post-partum, qui a cédé à une injection très chaude d'eau bouillie, sans addition d'aucun antiseptique qui, à part l'acide borique, sont presque tous dangereux dans ces cas.

Il m'est arrivé une fois d'observer un abcès chaud du sein dans le cours du sixième mois de la grossesse chez une primipare de 25 ans. L'abcès, très gros et très profond, a été incisé au bistouri et a donné lieu à un écoulement abondant de pus louable.

J'ai remarqué que la guérison a été plus rapide que chez les nourrices.

La cause de cet abcès m'est restée inconnue.

Madame Louise N... avait un enfant vivant, quand dans les deux derniers accouchements, l'enfant s'étant pré-

senté en travers, j'avais amené chaque fois un fœtus mort, parce que j'avais été appelé trop tard en raison de la distance à parcourir.

En 1882, Madame L. devient enceinte pour la troisième fois, et la peur des terribles éventualités auxquelles elle avait été exposée, engagea son mari à m'en faire part aussitôt, afin que j'avise au moyen d'empêcher le retour des mêmes accidents.

J'admets l'opinion qui veut que le fœtus se place dans l'utérus en la position qu'il lui est plus facile de prendre dans sa poche glissante de manière que le plus grand diamètre du contenu se trouve naturellement en rapport avec le plus grand diamètre du contenant.

Sous cette expression commune de contenant, il faut comprendre tous les organes abdominaux dont les parois peuvent avoir une action sur le fœtus, mais surtout l'utérus.

Cela posé, il est aisé de concevoir comment la présentation du tronc peut-être amenée par une diminution relative du diamètre vertical de l'abdomen, ou mieux encore par une tendance plus grande au développement de l'utérus dans le sens latéral plutôt que le vertical.

La première condition se rencontrait chez Madame L., qui était petite tandis que ses enfants étaient grands.

Les moyens d'action devaient avoir pour but d'empêcher le trop libre développement latéral de l'utérus et de lui accorder en même temps tout l'espace nécessaire à son accroissement vertical.

Ne pouvant préciser l'époque où l'influence du développement latéral de l'utérus se fait le plus sentir, aussitôt qu'on put bien palper cet organe au-dessus des pubis, je

conseillai l'emploi d'une ceinture avec coussins latéraux pour produire une pression transversale sur les deux parois latérales de l'utérus.

A mesure que la grossesse avançait on augmenta le volume des pelotes et on arriva à ce que la pression fut simplement latérale.

Ce bandage resta appliqué même pendant la nuit, jusqu'à la fin de la grossesse.

Pour favoriser l'action de ce moyen mécanique, je recommandai expressément à Madame L., de ne pas se courber soit étant assise, soit pour se baisser, de peur de forcer le fœtus à quitter sa bonne position pour la transversale.

Le succès couronné sans efforts. Le sommet fixé en bas, y resta et Madame eut le bonheur de mettre au monde un enfant vivant. *A cette époque la version par manœuvres externes m'était inconnue.*

Cinq ou six fois, des femmes récemment accouchées, ont accusé une douleur assez vive dans les muscles du mollet.

Voici comment s'est comportée cette maladie : le jour même, ou les jours qui ont suivi l'accouchement, douleurs dans l'épaisseur des muscles de la partie postérieure de la jambe, apparaissant en général pour la première fois au moment où la malade se levait pour qu'on fit son lit ; douleurs continues, mais avec exacerbations, s'étendant des attaches musculaires jusqu'à leur tendon commun, s'exaspérant par ses mouvements et rendant l'extension du pied et la marche dif-

ficiles. Chez certaines malades, la pression augmentait la douleur; chez les autres, la pression produisait du soulagement lorsque apparaissaient les exacerbations vives, qu'elles comparaient à une crampe.

Chez presque toutes ces malades, cette douleur a siégé simultanément dans les deux membres.

Du reste, rien à la peau, ni dans le tissu cellulaire sous-cutané, ni coloration anormale, ni œdème. C'était une affection toute locale. Il n'y avait pas de symptômes généraux.

Je n'ai pu rattacher cette affection à la phlegmatie alba dolens.

Doit-on attribuer cette affection à l'influence du froid ?

Je serais enclin à attribuer cette maladie à la contraction exagérée des muscles pendant le travail. Dans les fortes douleurs, les femmes appuyant les pieds sur l'extrémité du lit font en même temps des efforts musculaires considérables comme pour fléchir les jambes, de même que, si en même temps, elles tiennent la main de l'accoucheuse, elles la lui écrasent par une pression des plus intense. Ce faisant elles croient se soulager.

En 1892, Madame S^t de Laugier accouchée depuis huit jours, me fait appeler pour son enfant atteint, disait-elle, de mal de gorge.

Je constate que le cordon est tombé, et ne vois pas d'in-

flammation à ce niveau, mais il y a un trismus prononcé ; il faut une force considérable pour écarter les mâchoires, et lorsque le doigt est introduit, il est pressé avec beaucoup de force par l'enfant.

Le trismus cesse de temps en temps, au moment où l'enfant crie, et dans cet instant on peut examiner la cavité buccale, qui n'offre rien d'anormal.

Il y a de la raideur à la nuque. Le lendemain l'enfant était raide comme une barre de fer. Le thermomètre marquait 40°5.

L'enfant meurt le quatrième jour.

Le traitement employé a été le chloral.

La cause de ce tétanos est dans le manque de pansement antiseptique du cordon.

Les parents tenaient un magasin d'articles militaires et d'épicerie. Il y avait là bien des sources d'infection.

On ne saurait dans le cas présent accuser le froid, car cela se passait en plein été.

L'accommodation est toujours plus parfaite chez les primipares que chez les multipares, en effet, presque toujours, on rencontre chez elles une O. I. G. A. Mais en revanche, c'est chez les primipares qu'on observe les déchirures du périnée et j'ai remarqué que plus il y a de vergetures, plus il y a lieu de craindre une déchirure du périnée.

Pour m'opposer à cet accident, j'ai soin d'appliquer les 4 doigts de la main gauche sur la tête de l'enfant pour en modérer la vitesse au besoin, puis de

la main droite, non seulement de soutenir le périnée, mais aussi comme le fait Playfair, d'attirer les parties molles de la vulve en fermant le pouce et l'index et en ramenant ainsi les tissus sur lesquels ils sont appliqués.

Cette pratique a l'avantage d'augmenter l'étendue du périnée, tout en le soutenant.

On évite ainsi les déchirures si la tête est bien fléchie, car la tête traverse d'autant plus facilement le vagin et la vulve qu'elle est fortement fléchie, à tel point que l'occiput vient en avant et en dehors des pubis, avant que la face ait franchi tout à fait le détroit inférieur.

C'est seulement lorsque l'arcade repose sur la partie cervico-occipitale que la tête doit commencer le mouvement d'extension. Dans ces cas, en effet, les bosses parietales qui offrent un diamètre de neuf à dix centimètres franchissent la vulve en même temps que le diamètre sous-occipito bregmatique, qui offre à peu près les mêmes dimensions, puis viennent les diamètres sous-occipito frontal et mentonnier qui ne dépassent guère dix à onze centimètres. Si le travail n'est pas précipité, la vulve se dilate assez pour laisser passer, sans se déchirer, la tête ainsi fléchie surtout si l'on prend les précautions indiquées plus haut.

Mais il n'en est pas toujours de même si la tête s'avance dans la demi extension et que le mouvement

de dégagement commence avant que l'occiput ait franchi l'arcade.

Dans ce cas, l'orifice vulvaire, d'abord dilaté transversalement par le diamètre bi-parietal, doit livrer passage aux diamètres occipito-frontal et occipito-mentonnier, plus grand que le précédent de deux à quatre centimètres. C'est en ce moment que les déchirures ont lieu.

Pour les conjurer, les moyens précédents ne suffisent plus, il faut faire ici ce que la nature fait dans les cas heureux ; il faut faire fortement fléchir la tête, et voici comme on y parvient : on glisse les doigts entre l'angle supérieur de la vulve et de l'occiput ; quelquefois même on peut passer entre cette partie et l'arcade pour accrocher la tête et la refouler en bas et en avant. Pendant qu'on fait cette manœuvre d'une main, on applique la paume de l'autre sur la région périnée-coceygyienne, où se trouve la face que l'on refoule en haut. De cette manière on fléchit facilement la tête. Cette manœuvre est exécutée pendant la contraction utérine, qui fait alors avancer la tête et la fixe dans les flexions. C'est dans cette position fléchie qu'elle doit faire le plus de chemin possible.

Malgré toutes ces précautions à quatre ou cinq reprises j'ai observé la rupture incomplète du périnée.

Dans ces cas, après désinfection de la plaie, puis application d'une couche d'iodoforme, je place la malade dans le décubitus latéral pour empêcher le

contact des lochies sur la plaie génitale et en quelques semaines la réunion se fait mieux qu'on ne l'espérait, une fois j'ai appliqué une serre-fine.

Avant l'emploi de l'iodoforme, il m'est arrivé une fois de couvrir la plaie d'une couche de poudre de lycopode.

Cette poudre a pour effet de ne point se laisser mouiller par les liquides. J'avais constaté cette propriété du lycopode sur la personne de mes enfants ; on faisait un usage exclusif de cette poudre pour leur toilette et cela avec le plus grand avantage.

Quant à l'emploi du forceps chez les primipares dans les présentations du sommet, je ne suis point de ceux qui redoutant l'épuisement de la mère sont partisans de l'intervention hâtive, ni de ceux qui craignant l'infection reculent toujours, mais ma conduite tient le milieu entre les deux précédentes. J'estime qu'il faut intervenir, en prenant rigoureusement toutes les mesures antiseptiques quand l'état général de la parturiente commence à se gâter ou que l'enfant est en danger.

Le fait de la conception au cours de l'aménorrhée est un fait assez rare.

Je viens d'en observer un cas tout récent, avec M^{lle} Noirot, sage-femme de Langres.

Madame E..., de L., qui était aménorrhéique depuis 18 mois, est accouchée le 14 juillet.

Cette dame primipare, mariée depuis 5 ans, était venue

me consulter il y a 4 mois parce que son ventre grossissait.

Les bruits du cœur fœtal perçus non sans quelque difficulté, m'avaient permis d'affirmer la grossesse.

Derrière cette question purement clinique de la conception possible pendant l'absence des règles, s'en cache une autre purement doctrinale et théorique qui est du plus haut intérêt, celle des rapports de l'ovulation et de la menstruation, mais je ne suis point compétent pour la trancher.

Il m'est arrivé une fois d'être appelé à donner mon avis au sujet du mariage d'une jeune fille autrefois réglée, mais devenue aménorrhéique, je ne me suis point opposé au mariage, car la présence antérieure des règles prouvait qu'au point de vue génital, il n'y avait pas de conformation empêchant l'union projetée, et la suite me donna raison, cette jeune fille est une heureuse mère.

Les gerçures du sein ne donnent pas seulement lieu à des abcès, mais aussi parfois à une infection générale.

Une sage-femme qui traitait avec moi une femme atteinte de fièvre puerpérale grave a vu une de ses clientes atteinte d'une gerçure des seins contracter un erysipèle de cette région.

Dans les avortements fœtaux assez nombreux que j'ai observés, il en est, et c'est le plus grand nombre,

qui ont été annoncés, précédés par une hémorrhagie, mais dans 5 ou 6 cas, l'avortement a eu lieu sans hémorrhagie antérieure, chaque fois, le fœtus était mort depuis un certain temps.

Mes observations confirment donc les conclusions du docteur Uminski qui dans sa thèse s'exprime comme suit : « La mort du fœtus détermine des altérations des membranes qui détruisent les connexions organiques les unissant à l'utérus.

« Quand le fœtus meurt après le quatrième mois, l'expulsion se fait sans hémorrhagie.

« Quand le fœtus est vivant il y a une hémorrhagie qui précède et accompagne l'expulsion.

« Quand l'avortement est sanglant, on doit s'y opposer par tous les moyens.

« Quand l'avortement n'est pas sanglant, il est inutile de s'y opposer, il est fatal. »

Je ne me rappelais pas avoir observé d'accidents mortels consécutifs à des rétentions placentaires dans les avortements. Mais tout dernièrement une femme de Langres est morte de septicémie puerpérale par rétention placentaire consécutive à un avortement de 4 mois.

J'ai été appelé au début de l'avortement. Cette femme, C. . . , âgée de 35 ans, multipare, perdait du sang depuis une heure et accusait quelques coliques, le col n'était pas dilaté. Après avoir conseillé le repos et les opiacés sous for-

me de lavement, j'envoyai chercher la sage-femme, madame Berger. Le second jour, la femme C..., accouchait d'un fœtus de 4 mois. La sage-femme donna seule ses soins à l'accouchée. L'expulsion du placenta ne se fit pas le même jour, mais seulement après 48 heures et incomplètement.

Quatre jours après l'accouchement, la sage-femme me donne rendez-vous chez la malade et là elle me raconte qu'elle n'a pu extraire le placenta que partiellement.

Je note une température de 40° 5, il y a eu des frissons, le col est absolument fermé. J'explique alors au mari que l'indication thérapeutique est 1^{re} de dilater le col, 2^o en extraire les fragments placentaires, 3^o pratiquer des injections, 4^o appliquer une vessie de glace sur l'abdomen pour modérer l'inflammation, 5^o donner des toniques à haute dose ; mais comme la malade résidant dans un écart, à 3 kilomètres de la ville, n'était pas à ma portée et que le local ne réunissait pas toutes les conditions voulues, j'engageai cette femme, admise à bénéficier de l'assistance médicale gratuite, à se rendre à l'hôpital, ce qu'elle fit sur le champ.

Les médecins de l'hôpital ne jugèrent point à propos de dilater l'orifice de l'utérus pour en extraire les débris placentaires cause de l'infection, sous prétexte que l'état général était trop grave. On ne fit point d'injections intra-utérines, on n'appliqua point de glace sur le ventre, ce qui mécontenta le mari et le lendemain il ramenait sa femme chez lui, où elle mourut au bout de 24 heures.

Qu'il me soit permis à l'occasion de ce fait regrettable d'exprimer un vœu : « Dans les petites localités comme Langres, tous les médecins de l'assistance

médicale gratuite à domicile devraient avoir à leur disposition, à l'hôpital, une salle spéciale où ils pourraient, dans des cas analogues au mien, continuer leurs soins à leurs malades admises à bénéficier de l'assistance médicale gratuite

Il n'y aurait là aucun surcroît de charges pour l'administration hospitalière et la responsabilité médicale ne se déplacerait pas au détriment des malades.

Cette idée n'a rien d'impraticable, car je lis quelque chose d'analogue dans le Concours Médical du 24 avril 1877 :

« Il existe de petits hôpitaux de province qui ont bien voulu consentir à jouer le rôle de maison de santé pour opérations. Les commissions qui les dirigent ont dit à tous les médecins de la région :

« Nous savons que vous pouvez avoir besoin, pour votre clientèle payante, d'une bonne salle d'opérations et aussi d'un personnel spécial pour les soins consécutifs à donner à vos opérés.

En conséquence, nous sommes prêts à ouvrir notre établissement à cette catégorie de vos malades, à condition que : 1° qu'il y ait de la place ; 2° que ces malades payent la journée de séjour le double du prix ordinaire, et de plus les honoraires à leur médecin ; les médicaments au pharmacien, les frais de garde de nuit, etc.

En un mot, nous mettons nos locaux seulement à la disposition de tous les médecins de la région,

pour les malades payants, sans qu'il puisse être porté préjudice aux ressources réservées à nos indigents ; nous acceptons, quand il y a de la place, de jouer le rôle de maison d'opérations pour tout médecin qui nous réclame ce secours, et qui se trouve alors sous notre toit comme dans sa clientèle. »

Il est évident que cet arrangement n'offre que des avantages et pour le public et pour les médecins ; il est à tous les égards inattaquable. On doit même souhaiter qu'il se généralise.

Trois fois j'ai été appelé à combattre des hémorragies survenant au début du travail. Dans les trois cas, la dilatation n'étant pas commencée, les membranes n'étant pas accessibles, j'ai pratiqué le tamponnement.

Pour cela, je me sers de ouate hydrophile imbibée d'une solution de sublimé, puis exprimée avec soin, chaque tampon est ensuite recouvert de vaseline boriquée.

Le tampon est laissé en place jusqu'à la dillatation complète.

Dans ces trois cas, il s'agissait d'insertion vicieuse du placenta, — de placenta prævia.

Toutes ces femmes étaient multipares.

Un seul enfant a été extrait vivant, et, dans ce cas, il y avait présentation de l'épaule.

Toutes ces femmes, au moment de l'application

du tampon, se trouvaient dans un état syncopal grave.

Chaque fois, j'employai les injections sous-cutanées d'éther. Je pratique quatre ou cinq injections à quelques minutes d'intervalle, et j'en pratique de nouvelles de la même façon au bout d'une heure, en cas de nécessité.

L'éther est éliminé si rapidement que pour agir il faut, dans l'espace de quelques minutes, faire absorber plusieurs grammes de médicaments.

La dose employée n'a pas été inférieure à 8 ou 10 grammes dans une journée.

Concurremment, j'employai l'alcool à dose élevée. Dans un cas, j'employai les grands lavements d'eau salée, — ou sérum artificiel.

Les suites pathologiques furent nulles pour ces trois femmes.

J'ai observé un certain nombre d'abcès du sein à la suite de gerçures du mamelon, et la plupart de ces abcès chez des primipares.

Les femmes blondes à peau fine y sont plus sujettes que les autres, — presque toujours aussi la cause prédisposante a été un vice de conformation de l'organe.

J'ai pu éviter bien des fois les lymphangites et les abcès par un pansement à l'acide borique.

Lorsqu'une femme est atteinte de fissures ou de gerçures du mamelon ou de l'aréole, j'applique sur le

sein, immédiatement après chaque tétée, une compresse pliée en quatre et imbibée d'une solution à trois pour cent.

Pour empêcher l'évaporation, on met directement sur la compresse un morceau de taffetas gommé ; sur ce taffetas, on applique une couche d'ouate, et le tout est maintenu au moyen d'un bandage de corps.

Cette couche d'ouate et le bandage ont l'avantage de soutenir les mamelles et de les maintenir à une température constante. De plus, la compression qu'elles exercent sur l'organe sous-jacent suffit, ainsi que le prouvent de nombreuses observations, à prévenir le développement du pus, ensuite, l'acide borique ne détermine aucun phénomène toxique chez l'enfant.

Je crois pouvoir signaler les bons effets, dans le cas de septicémie puerpérale, d'un suppositoire vaginal contenant 1 gramme d'iodoforme, appliqué matin et soir, après les injections de sublimé, jusque sur le col utérin.

On a de la sorte un pansement permanent, et cette association au traitement ordinaire, m'a paru améliorer l'état des malades.

D'ailleurs Boardmann avait déjà eu l'idée d'insuffler dans la cavité utérine, de l'iodoforme, au moyen d'un appareil inventé par lui.

La formule que j'emploie est la suivante, empruntée à M. Auvard :

Iodoforme.....	1 gr.
Glycérine.....	0 — 50 c.
Beurre de cacao.....	q. p.

pour un suppositoire vaginal.

Ces suppositoires entretiennent dans la cavité vaginale un milieu antiseptique.

Dans un cas d'asphyxie chez un nouveau-né les tractions rythmées de la langue effectuées par moi pendant plus d'une demi-heure, ont été couronnées de succès.

Ce procédé est inconnu de toutes les sages-femmes que j'ai rencontrées.



DEUXIÈME SECTION

Médecine

La contagion de la fièvre typhoïde se fait surtout par l'eau, tel est l'avis général.

Le petit village de Troixchamps, à deux reprises m'en a fourni la preuve la plus convaincante.

Ce village est dépourvu de fontaine, faute de sources vives.

Les habitants se servent de puits que souillent l'eau des fumiers chaque fois qu'un orage éclate.

Il y a 8 ans, au mois d'août, un cas de fièvre typhoïde survient, dans la maison contiguë au puits alimentant toute une rue.

Dix jours après on compte une douzaine de cas dans cette même rue.

Tous les âges ont payé leur tribut.

J'ai donné mes soins à une trentaine de typhiques sans en perdre un seul.

Un confrère, a perdu un jeune homme d'une vingtaine d'années. Le Docteur Dubois, Langres, a été lui aussi appelé pour ce malade.

Le frère du décédé, atteint peu de temps après de la même maladie, soigné par moi, n'est pas mort.

L'eau du puits, examinée par M. Richard pharmacien à Langres et le Docteur Cer soy de Langres, a été trouvée contenir le bacille d'Eberth en quantité considérable.

Les habitants des autres rues qui prennent leur eau dans d'autres puits n'ont pas contracté la maladie à l'exception de deux mercenaires qui prenaient leur repas dans la rue infectée : il n'y a donc pas eu transmission de la maladie par l'air.

Deux ans après cette épidémie, une seconde éclata, mais cette fois dans les rues préservées lors de la première invasion du fléau.

Cette fois j'eus à déplorer le décès d'un jeune homme de 24 ans.

Il résulte des observations que j'ai recueillies à cette époque dans le dessein (non mis à exécution faute de temps) de publier la relation de cette épidémie, il résulte, dis-je, que la fièvre typhoïde se comporta différemment aux divers âges des sujets,

La fièvre thyphoïde est particulièrement grave chez l'adulte de 20 ans, elle revêt souvent le caractère ataxo-ady namique; chez l'enfant tout jeune jusqu'à l'âge de 2 à 3 ans on observe surtout les symptômes de l'entéro-colite. Quant aux enfants un peu plus âgés, c'est-à-dire ayant de 3 à 6 ans, j'ai observé fréquemment des symptômes méningitiques. Mais chez l'enfant de 6 à 12 ans, la fièvre typhoïde m'a toujours paru très légère.

Je vais relater sommairement 4 observations démontrant le peu de gravité de la fièvre typhoïde chez les enfants de cet âge, 6 à 12 ans.

Dans le premier cas il s'agissait d'un petit garçon de onze ans et demi.

Après quelques prodromes marqués par de la céphalalgie, un peu de fièvre et de l'anorexie, je fus appelé et observai les principaux symptômes suivants : quelques saignements de nez les premiers jours ; céphalalgie persistante, douleur et pesanteur sus-orbitaire avec chaleur frontale ; bourdonnements d'oreilles ; intelligence intacte ; agitation la nuit mais sans délire ; alternance de diarrhée et de constipation. Le ventre était indolent, parfois ballonné et plusieurs fois le gargouillement fut sensible vers la fosse iliaque droite. Le pouls varia entre 100 et 110 pulsations, le thermomètre oscilla entre 39°5 et 40° ; vers le sixième jour, quelques taches lenticulaires furent observées.

A partir du huitième jour, tous ces phénomènes commencèrent progressivement à s'effacer, de sorte qu'après le douzième jour se manifesta un état de convalescence suivi en peu de jours d'une guérison complète.

Le second cas concerne une petite fille de six ans 1/2. Elle était alitée et avait de la fièvre depuis 4 jours quand je fus appelé.

Je la visitai les 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26 et 28 août. Le pouls était à 120, le thermomètre oscilla entre 39° et 40°2 ; il y avait de la céphalalgie, de la chaleur frontale. La nuit la malade délirait. La langue était sèche et recouverte d'un enduit muqueux, excepté vers la pointe, qui était rouge. La

soif était vive, il y avait de l'anorexie. Le ventre était tendu et ballonné, et un gargouillement manifeste se rencontrait vers la fosse iliaque droite ; il y avait de la constipation que vainquirent les lavements et les laxatifs. Tous ces symptômes, à quelques modifications près, persistèrent pendant 5 à 6 jours, et disparurent ensuite progressivement. De sorte que cette affection dura une dizaine de jours.

Il est question dans la troisième observation d'une petite fille de sept ans que je vis du 17 août au 3 septembre, elle était malade depuis quelques jours lors de ma première visite.

Voici ce que j'observai de plus remarquable : Fièvre avec exacerbation deux à trois fois par jour ; le pouls de 80 à 100 montait de 120 à 130 pendant le paroxysme, le thermomètre oscillait entre 39°6 et 40°5 ; nuits agitées, insomnie, parfois délire ; douleur de tête continue, intelligence intacte pendant le jour. Il y eut un épistaxis léger le 3^e jour de ma visite. Il y avait des alternatives de diarrhée et de constipation ; le ventre était tantôt ballonné, tantôt flasque ; le bruit du gargouillement fut perçu plusieurs fois dans la fosse iliaque droite. La langue était sèche. A partir du 12^e jour, les symptômes allèrent en s'effaçant et la convalescence commença.

Enfin, dans le dernier des faits dont je présente ici une courte analyse, il s'agit d'un enfant de 6 ans 3 mois ; il était malingre depuis 4 à 5 jours, lorsque je fus appelé le 22 août ; il s'était plaint de la tête, avait de l'inappétence et de la diarrhée. Lors de ma visite, le thermomètre marquait 40°, le front était chaud, le mal de tête continu ; il y avait quelques coliques, le ventre était météorisé et tendu, très peu

sensible cependant à la pression, et donnant en plusieurs points la sensation de gargouillement ; la langue était sèche, rouge à la pointe ; la soif était vive ; la figure altérée. Les nuits étaient agitées, mais sans délire ; les jours, l'enfant était taciturne et somnolent. La diarrhée cessa plusieurs fois pour reparaitre le lendemain.

Tels furent les symptômes observés pendant 14 ou 15 jours, époque après laquelle ils s'amoinrent et allèrent en se dissipant, de telle sorte que du dix-huitième au vingtième jour, la convalescence était bien établie, quoique accompagnée encore de beaucoup de faiblesse.

Le diagnostic ne saurait être mis en doute ici, surtout en raison de l'épidémie régnante, on ne pourrait faire des cas précédents de simples embarras gastriques.

Sans vouloir m'étendre d'avantage ce qui serait hors de proportion avec le but que je me propose, je dirai en terminant quelques mots sur le traitement de cette maladie.

Le sulfate de quinine a été donné à tous les malades matin et soir. Les antiseptiques étaient administrés de 2 en 2 heures, dans le courant de la journée et de la nuit. Plusieurs fois j'ai employé les lotions froides.

Mais ce que j'adopte toujours, ce que je prescris indistinctement dans tous les cas, en toutes éventuali-

tés, c'est le lait. Je le fais prendre continuellement, à toutes les périodes, à tous les âges et à la dose depuis un litre à 3 et 4 litres par jour ; ce qui ne n'empêche pas de donner fréquemment du bouillon de bœuf. Pour me résumer je dirai que le lait à haute dose m'a paru avoir une bonne part dans les bons résultats obtenus.

Parmi les divers moyens de traitement proposés contre l'occlusion intestinale, il en est un que je ne manque jamais d'employer, c'est le traitement par la glace.

Ce traitement consiste à faire des applications de glace sur le ventre, donner des lavements d'eau glacée, engager le malade à avaler de petits morceaux de glace, sans les laisser fondre dans la bouche.

Les applications de glace sur l'abdomen se font de la manière suivante : on place dans le lit un cerceau au-dessus du ventre du malade ; à ce cerceau on suspend une vessie dans laquelle sont enfermés les morceaux de glace.

L'application de la glace doit être largement faite, la presque totalité de l'abdomen doit en être recouverte.

Dans le traitement de l'occlusion par la glace, tout est mis en œuvre pour empêcher les réactions inflammatoires (gonflement des parties, etc.) de joindre leurs effets à la cause première qui a déterminé

l'obstacle aux matières, pour réduire, en un mot, autant que possible, l'occlusion aux phénomènes mécaniques primitifs.

La glace exerce en outre, son action sédative contre la douleur et cet élément nerveux, spasmodique dont on ne peut méconnaître l'existence sans toute occlusion intestinale, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause matérielle immédiate. Elle a enfin l'avantage de diminuer le météorisme du ventre en condensant les gaz, et d'en faire, par conséquent, disparaître les nombreux et graves inconvénients.

Dans un cas, le froid me semble avoir agi, par une sorte de surprise, en déterminant une vive secousse, comme dans quelques cas de hernies étranglées immédiatement réduites sous son influence.

A ce sujet qu'il me soit permis de citer le fait suivant :

Le Dr Pignerot, de Langres, et moi, nous nous étions rendus à Saulxures pour y opérer une dame M... atteinte d'une hernie inguinale étranglée. Pour anesthésier la peau, je fais une pulvérisation d'éther loco-dolenti ; immédiatement la hernie qui avait résisté au taxis, se met à rentrer et disparaît.

La glace permet en outre d'employer le traitement médical, pendant un certain temps (électricité, purgatifs, lavements gazeux), sans perdre un temps pré-

cieux, car l'intervention chirurgicale sera toujours possible et dans de bonnes conditions, si la partie siège de l'occlusion n'a pas échappé à l'action du froid permanent.

D'ailleurs à la campagne, où l'on a pas toujours un chirurgien sous la main, l'action du froid donne du répit et permet d'utiliser tour à tour, toutes les ressources.

J'ai tellement été frappé des bons effets de cette méthode, que dans les cas d'appendicite soumis à mon observation, je l'applique exclusivement ou presque exclusivement.

Je n'ai pas observé moins d'une vingtaine d'appendicites, sans avoir eu à subir un seul revers. Je ne nie point qu'il y ait des cas, que j'appellerai chirurgicaux, mais je n'en ai pas observés.

Sous l'influence de la glace, la tuméfaction et l'empatement douloureux; ils disparaissent graduellement. Quant au début de l'appendicite, je note une tuméfaction notable, très douloureuse, je fais appliquer 12 sangsues et la glace ensuite.

Un jeune conscrit de Marsilly est pris au mois d'août de coliques appendiculaires, il y a une tuméfaction très prononcée de la région — il y a même des vomissements fécaloïdes. — Les sangsues, puis la glace viennent à bout des accidents aigus.

Au mois de novembre, quand ce jeune soldat doit partir

sous les drapeaux, on constate encore un empâtement large comme le creux de la main, dans la fosse iliaque droite. Sur mon conseil, ce jeune homme se présente à l'hôpital militaire pour y être examiné, et il obtient un sursis de 3 mois. Au 1^{er} février, quand ce jeune homme vint me faire ses adieux, il n'y avait plus trace d'empâtement.

Actuellement, je soigne à Lecey un maréchal-ferrant atteint d'appendicite pour la 3^e fois depuis 3 mois.

Les douleurs, l'empâtement cèdent chaque fois sous l'influence de la glace.

Le docteur Durand, médecin-major de Langres, a vu dernièrement ce malade et a applaudi aux résultats de mon traitement.

J'ai, selon le conseil des auteurs, traité un cas de mélancolie par l'opium — avec succès.

Voici le résumé de l'observation :

Madame X..., âgée de 42 ans, offre dans sa famille des antécédents héréditaires. Sa sœur a des accès de folie.

Lorsque je vis Madame X..., pour la première fois, sa figure contractée, amaigrie, offre le type de la physionomie de mélancolique ; le délire est aussi caractérisé que possible, elle se défie de sa famille, de ses amis, se croit perdue et déshonorée, les personnes qui l'approchent lui paraissent animées des intentions les plus perverses. Les idées de suicide ont chez elle une fixité à peine croyable ; c'est là sa seule et constante préoccupation et incessamment elle combine et cherche à exécuter quelque nouveau projet.

L'insomnie est complète. Depuis 15 jours l'écoulement menstruel est assez abondant et bien qu'il n'existe pas de bruit de souffle dans les gros vaisseaux, la malade est pâle. Rien du côté du tube digestif, sauf un peu de constipation. La malade mangeait avec difficulté et il fallait nuit et jour la surveiller pour arrêter les incessantes tentatives de suicide.

Je commençai par 5 centigrammes d'extrait thébaïque, on arriva progressivement à la dose de 30 centigrammes en 15 jours. A mesure qu'on augmente la dose d'opium, il survient des moments de lucidité et quelques instants de sommeil.

Le traitement fut continué pendant un mois à la même dose.

Le sommeil seul était encore imparfait. Les idées étaient redevenues lucides.

A partir de ce moment on diminue la dose d'opium de 2 centigrammes par jour.

On ne saurait alléguer que la maladie s'est terminée spontanément, car l'amélioration a toujours coïncidé avec l'élévation des doses d'opium.

La tolérance du médicament a été parfaite.

C'est bien l'extrait thébaïque qui a modifié l'état morbide, puisque je n'ai pas employé d'autre traitement.

Il m'a été donné d'expérimenter sur la personne de mes filles les bons effets du chloroforme dans les convulsions infantiles, et cela au moins six fois.

J'ai constaté que dès les premières aspirations, l'expiration spasmodique s'apaise et que l'on peut har-

diment continuer les inhalations jusqu'à la cessation complète des convulsions. Il va de soi que l'on doit, pendant ce temps, surveiller attentivement le pouls et la respiration pour interrompre l'opération en cas de nécessité. Pour ma part, je n'ai jamais éprouvé d'effet fâcheux des inhalations.

Depuis cela, dans ma clientèle, je n'hésite plus à employer ce moyen. J'ai même eu pouvoir souvent, en pareil cas, mettre les parents au courant du manie-
ment du chloroforme.

Evidemment, le chloroforme n'a qu'une action palliative et n'empêche pas le retour des convulsions et ce n'est qu'en remplissant l'indication causale, qu'il sera possible d'éviter le retour des accès. Mais quant on est appelé près d'un enfant qu'on trouve au milieu de son accès convulsif, l'indication causale doit faire place à l'indication *vitale*.

Jusqu'à ces derniers temps, le traitement de l'érysipèle de la face était, selon l'expression de M. Dieulafoy, purement empirique, et il faut le dire, très peu efficace.

Je viens d'avoir l'occasion d'essayer le traitement rationnel, celui qui enraye la marche de l'érysipèle et qui le guérit, c'est-à-dire le traitement par les injections de sérum anti-streptococcique, mis en usage ces derniers temps, par M. Marmorek.

Le 1^{er} juin je suis appelé à Châtenay-Vaudin pour la veuve V..., âgée de 77 ans.

La veille elle a été prise de frissons, de céphalalgie, vomissements, et ce matin je constate une plaque érysipélateuse large comme la paume de la main, avec bourrelet, occupant la région droite de la face. La rougeur a débuté à l'angle interne de l'œil droit. Les paupières rouges sont gonflées ainsi que les racines du nez.

La plaque s'étend à la fois sur le front et la joue. Deux petites vésicules reposent sur la plaque. Le thermomètre marque 40°. La langue est sèche. Je parle aux enfants de cette femme, du sérum curateur, ils m'écoutent avec attention et intérêt.

Le lendemain, l'une des filles de la malade m'apprend qu'il y a eu délire toute la nuit, que la prostration est extrême, que la plaque rouge gagne le cuir chevelu, que la céphalalgie est des plus vives.

Le soir du même jour je me rends près du malade, une énorme phlyctène recouvre la joue, le cuir chevelu est très sensible à la pression et paraît œdématisé et rouge. Le thermomètre marque 40°2, il y a de l'albumine dans les urines qui sont rares. La langue est sèche, la prostration est énorme.

Je pratique, avec les précautions antiseptiques une injection de 10 grammes de sérum sous la peau du ventre. Je recouvre la piqûre de collodion iodoformé. Au bout d'une demi-heure, ne remarquant rien d'insolite chez cette femme âgée, je pratique de la même façon une seconde injection de 10 grammes de sérum.

Châtenay-Vaudin étant à 14 kilomètres de Langres, je

priai les enfants de m'apporter des nouvelles le lendemain.

Voici ce qu'on me rapporta : dès le lendemain la plaque avait pâli, la malade se sent extrêmement soulagée, les cuissous ont disparu, la malade n'a plus soif.

L'amélioration avait commencé 12 heures après l'injection de 20 grammes de sérum. Je n'ai plus revu cette femme, mais je sais qu'elle va très bien.

Le rhumatisme scarlatin, dont j'ai observé bien des cas, est en général bénin, limité le plus souvent aux articulations découvertes, aussi, ai-je l'habitude de faire mettre des gants de laine, aux mains des scarlatineux, surtout dans la saison froide.

Mais en 1894 j'ai observé à Bannes une jeune fille de 18 ans qui deux mois avant ma visite avait eu la scarlatine, une épidémie régnait au pays, à cette époque. Ce qu'il y avait eu de remarquable chez cette fille c'était l'angine qui au dire de ses parents avait été plus forte que chez les autres malades du pays.

L'état actuel est le suivant : aux 2 poignets, tuméfaction des gaines tendineuses, en un point je note de la fluctuation.

Les articulations tibio-tarsiennes sont également tuméfiées, mais sans trace de fluctuation.

L'état général est mauvais, anorexie, aménorrhée.

Le Dr Pignerol de Langres est appelé en consultation, il prescrit des vésicatoires. Le résultat fut nul.

Le poignet gauche vit l'abcès s'ouvrir, le poignet droit offrit de la fluctuation.

La malade mourut dans le marasme et la cachexie au bout d'un an.

Je suis enclin à voir un rapport entre l'intensité de l'angine du début et la formation de pus dans les articulations.

La porte d'entrée des streptocoques a dû être les amygdales. Cette jeune fille n'avait jamais au début de sa scarlatine soigné sa gorge, il n'a pas été fait usage d'antiseptiques sous forme de gargarismes.



Chirurgie

La paralysie radiale était réputée de nature rhumatismale lorsqu'en 1871 M. Panas, dans un mémoire lu à l'académie de médecine, dans la séance du 21 novembre, démontra que dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire toujours, la paralysie idiopatique du nerf radial reconnaissait pour cause une compression du tronc nerveux.

Voici un fait récent en faveur de la théorie de la compression telle qu'elle a été établie par M. Panas :

Dans le cours des vacances dernières, mon fils, âgé de 14 ans, sans antécédent morbide, bien portant, s'est amusé à porter cinq hottes pleines de raisins.

Les bretelles de la hotte étant trop longues pour sa taille, prenaient leur point d'appui non pas sur les épaules, mais sur les deux bras, au niveau de la gouttière de torsion.

Or en portant la troisième hotte de raisins, mon fils se plaignit d'avoir le bras gauche engourdi.

Il porta encore néanmoins les deux autres hottes.

Le trajet de la vigne à ma maison de campagne de Neuilly-l'Evêque peut avoir une longueur de 500 mètres, et la hotte pleine de raisins pouvait peser 25 à 30 kilos,

A son arrivée à Langres le soir même, le jeune homme avait la main gauche pendante et était dans l'impossibilité de la relever.

La maladie traitée par l'Electricité guérit en 5 semaines.

Dans le cas présent, on ne saurait contester que la pression exercée au niveau du bras est bien la cause de la paralysie radiale.

On ne saurait ici invoquer l'action du froid, car le temps était très chaud, et nous avons profité de cette belle journée d'automne pour aller à la campagne.

Au mois de juillet 1896, le nommé le-nommé G. de Torcenay, âgé de 30 ans, vient me consulter parce que disait-il, il souffrait d'un genou.

Je constatai dans le creux poplité une tumeur tendue, résistante, de la grosseur du poing, agitée de battements avec mouvement d'expansion, et donnant un bruit de souffle.

La compression de l'artère fémorale faisait disparaître les battements et le souffle.

Il s'agissait d'un anévrysme poplité.

Le malade boîte parce qu'il ne peut tendre la jambe et qu'il y a un certain degré de flexion de la jambe sur la cuisse.

Suivant en cela les conseils du professeur Tillaux, je commençai par employer le moyen le plus simple, c'est-à-dire la flexion forcée de la jambe sur la cuisse, en immobilisant les deux segments du membre inférieur à l'aide d'une bande.

Mais le malade ne supporta pas ce traitement plus de 2 heures, et le lendemain à ma visite je le trouvai debout.

Je ne notai aucun changement dans l'état de la tumeur.

Malgré nos instances le malade ne voulut plus essayer de ce traitement par la flexion du genou.

Il fut décidé qu'on allait recourir à la compression digitale et séance tenante, je me mis à comprimer la femorale au pli de l'aîne sur l'éminence ilio-pectinée.

Des aides furent appelés et exercés à pratiquer la compression. Le malade lui-même s'en mêlait. Je crus au bout d'une heure pouvoir rentrer à Langres et promis de revenir le lendemain constater les résultats, on devait comprimer pendant douze heures.

Mais le malade n'avait pas non plus eut le courage nécessaire et au bout de trois heures on avait cessé la compression. La tumeur n'était point modifiée.

J'expliquai au jeune homme toute la gravité de sa situation et fit appel à son énergie, mais sans résultat et je repris le chemin de Langres.

Deux heures après mon arrivée chez moi, le malade entre dans mon cabinet et me raconte qu'il vient de consulter le Docteur X... mon voisin, qui lui a affirmé me dit-il, que jamais la compression n'avait guéri un anévrysme et qu'il fallait immédiatement recourir à la ligature de la femorale et qu'il allait s'entendre avec deux confrères et les prier de lui servir d'aides.

En guise de réponse, je pris le second volume de la Chirurgie clinique du professeur Tillaux, le présentai à mon client à l'article poplité et le priai de le lire.

Le lendemain matin le malade commençait lui-même la

compression au pli de l'aine, aidé de 4 personnes. Au bout de 8 heures de compression, les battements avaient cessé, la compression fut néanmoins encore continuée 4 heures.

Je fus alors appelé à constater l'heureux résultat, il n'y avait plus ni souffle ni battement.

Dans les jours qui suivirent, l'anévrysme donna quelques signes de vie, on remarquait quelques battements.

Le sieur G..., prévenu de la possibilité de ces accidents, ne s'en effraya pas, mais, suivant mon conseil, il pratiquait lui-même la compression digitale pendant une heure ou deux.

A la fin d'août, j'ai revu le malade enchanté de sa guérison ; il avait pu, m'a-t-il dit, faucher ses blés comme d'habitude.

Ce cas donne raison au professeur Tillaux qui conseille dans l'anévrysme poplite de commencer par le moyen le plus simple, c'est-à-dire la flexion forcée de la jambe sur la cuisse, puis si la flexion a échoué ou n'a pu être supportée, d'avoir recours à la compression digitale au pli de l'aine et de recourir à la ligature, mais seulement après avoir usé des 2 moyens précédents.

Depuis le mois de janvier, j'ai eu à traiter deux fractures de jambes, intéressant les deux os et siégeant toutes deux au tiers inférieur.

Dans le premier cas, observé à Mardor, il s'agit d'un vieillard de 65 ans, qui est tombé du toit d'une maison qu'il était en train de réparer.

Je suis appelé le troisième jour de l'accident. Je constate la fracture des deux os, sans plaie des téguments ; il n'y a pas d'appareil contentif.

La première chose qui m'a frappé, c'est la présence d'un nombre considérable de phlyctènes sur la jambe malade. Je n'en ai jamais vu autant.

On sait que les phlyctènes s'observent plus particulièrement dans les fractures de jambes, mais je suis enclin à attribuer le grand nombre de phlyctènes, dans le cas présent, à ce fait que le blessé étant resté plus de deux jours sans appareil, les mouvements des fragments ont provoqué un épanchement de sang considérable.

D'ailleurs, mon appréciation est conforme à celle du Dr Brulard, qui s'exprime ainsi dans sa thèse : « La pathogénie des phlyctènes dans les fractures paraît se relier à quatre phénomènes principaux qui sont :

1° L'épanchement sanguin, collecté en une masse qui distend fortement la peau ;

2° La situation superficielle de l'os lésé ;

3° Le déplacement des fragments (cause agissant de dedans en dehors).

La plupart des phlyctènes se dessèchèrent, naturellement quelques-unes éclatèrent dans les manœuvres du diagnostic, celles-ci furent saupoudrées d'iodoforme,

Au point de vue du pronostic, dans le cas présent, les phlyctènes n'eurent pas d'influence fâcheuse, car au bout de six semaines, la consolidation était obtenue.

Le second cas de fracture de jambe soumis à mon observation est celui d'un homme de 30 ans, marchand dra-

pier ambuliant, domicilié à St-Geosmers, qui reçut un coup de pied de son cheval.

Au lieu d'appeler un médecin, cet homme se fit conduire chez un rebouteur des environs de Langres. Le pseudo-guérisseur affirma qu'il n'y avait pas de fracture, plongea son doigt dans la plaie des téguments et exerça des tractions vigoureuses.

Au bout d'une semaine seulement, le blessé me fait appeler. Je constate alors que le blessé ne peut soulever le talon du lit. Je note du gonflement de toute la jambe, et au tiers inférieur, une plaie par laquelle s'échappe du sang en abondance, cette plaie a les dimensions d'une pièce de un franc ; en soulevant la jambe avec mes deux mains, je sens très nettement de la crépitation et je puis exercer des mouvements de latéralité très prononcés.

Je me trouvais en présence d'une fracture de jambe, au tiers inférieur, intéressant les 2 os avec une plaie des téguments en communication avec le siège de la fracture.

Un stylet introduit par la plaie pénétrait dans la fracture. Je m'empressai de lancer un jet d'eau phéniquée forte sur la plaie, puis d'appliquer des compresses imbibées d'eau phéniquée sur cette plaie.

Deux jours après je constatais que du pus s'écoulait en grande quantité par l'orifice cutané.

Cet écoulement purulent persista pendant 2 mois, ce qui n'empêcha pas la consolidation d'être effectuée au 95^{me}, jour de ma première visite. A ce moment il ne restait plus qu'une petite fistulette donnant de temps en temps une ou deux gouttes de liquide sero-purulent.

Cette plaie est recouverte de poudre d'iodoforme.

Le blessé commence à se lever.

De ce fait on peut tirer les conclusions suivantes :
1° c'est que le public a une tendance naturelle à recourir à un charlatan ; 2° que les fractures compliquées ont perdu leur ancienne gravité depuis l'emploi de la méthode antiseptique.

Je finissais le présent travail le 1^{er} juillet 1897, quand à 8 heures du soir, on m'appela pour porter secours à un facteur des postes de Langres, le nommé G..., qui venait de tomber dans sa cave, ayant un sac de sable sur le dos.

Je trouve le malade dans un certain état de collapsus, sa jambe droite est réduite à une impuissance complète, le blessé ressent de fortes douleurs.

Une déformation des plus évidentes se remarque au niveau du genou, il y a une luxation latérale externe. La surface tibiale articulaire est portée de 2 doigts en dehors des condyles fémoraux, le condyle externe du fémur repose sur le plateau interne du tibia. La tubérosité externe du tibia fait une saillie notable en dehors et le condyle interne du fémur distend considérablement la peau de la région interne. La rotule est simplement déviée et oblique en dehors. La jambe est rectiligne. Le pied du malade ayant glissé sur les marches de l'escalier de la cavé, sa jambe droite se trouva inclinée en dedans et le tibia fut propulsé en dehors.

Il y a donc luxation latérale externe incomplète, traumatique. Pour la réduction, 2 voisins firent l'extension en tirant sur le pied, 2 autres tirèrent en sens inverse sur la cuisse pendant que je pressais directement sur les saillies osseuses. La réduction s'effectua rapidement. Je n'avais pas endormi le blessé.

Le membre fut placé dans une gouttière en fil de fer garnie d'ouate. Les téguments ne portaient pas trace de lésions et je ne constatai rien qui me fit diagnostiquer une rupture de l'artère poplitée.

Les auteurs disent que le pronostic n'est généralement pas grave, et que la restauration des fonctions du membre se fait rapidement. (Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, tome III).

Espérons qu'il en sera ainsi pour ce pauvre facteur.

Le côté intéressant de ce cas, c'est d'une part sa rareté.

Les luxations du genou, dit le professeur Tillaux dans la 2^e édition de sa Chirurgie clinique, les luxations traumatiques du genou sont rares parmi les luxations des grandes jointures; j'en ai vu pour mon compte, dit-il, trois exemples dans ma vie.

M. Polaillon, dans son livre intitulé: « Statistiques et observations » dit, que pendant la longue période de quatorze années et dix mois de pratique hospitalière, il n'a eu à soigner qu'une luxation du genou, et il en rapporte l'observation. Dans ce cas il s'agit aussi d'une luxation incomplète du genou en dehors.

Le second côté intéressant du fait que j'ai rapporté, c'est la facilité de la réduction.

Je n'ai pas eu recours à l'emploi du chloroforme. M. Polaillon a eu recours aux exhalations chloroformiques, mais il ajoute qu'une fois l'anesthésie obtenue, *un peu* d'extension et *quelques* pressions pour ramener les os à leur place, ont réduit *facilement* la luxation.

Le Président de la Thèse,
TILLAUD

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

